

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ОККЛЮЗИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Протас Р.Н., Кубраков К.М.

Нарушение мозгового кровообращения является одной из основных причин смертности и инвалидности взрослого населения. Ишемические инфаркты встречаются в 3-4 раза чаще геморрагических. Широкое применение ультразвуковой доплерографии и церебральной ангиографии показали, что в одной трети случаев ишемия мозга обусловлена поражением магистральных артерий (сонных и позвоночных). Причем, чаще дизгемия наступает в каротидном бассейне. Существует много причин приводящих к нарушению мозговой гемодинамики, однако в 80% случаев стеноз и тромбоз экстракраниальных артерий обусловлены атеросклерозом.

Мы поставили перед собой задачу, базируясь на клинических данных и результатах вспомогательных методов исследования, про-

анализировать особенности проявления и течения окклюзий сонных артерий.

Под наблюдением находилось 20 больных (14 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 20 до 85 лет с закупоркой сонных артерий (ВСА). Причинами окклюзии ВСА являлись: атеросклероз сосудов в сочетании с артериальной гипертензией (11 чел.), дисциркуляторная энцефалопатия и ишемическая болезнь сердца (3), закрытая травма головы и шеи (3), ревматизм (1), опухоль головного мозга (1), интракраниальная артериальная аневризма (1). Манифестация цереброваскулярной катастрофы проявлялась по разному. Острая форма дебютировала выраженной цефалгией, альтернирующим оптикопирамидным синдромом и другой гнездовой симптоматикой (8 больных). В одном случае констатирована билатеральная закупорка сонных артерий, которая обусловила коматозное состояние, децеребрационную ригидность, тетраплегию и привела к летальному исходу. При подострой форме клиническая картина нарастала в течение нескольких часов или дней (4). Хронический (псевдотуморозный) вариант характеризовался медленным возникновением неврологического дефицита на протяжении нескольких недель или месяцев (4). При ремиттирующем варианте симптоматика варьировала от возможности развития коллатерального кровообращения или реканализации тромба (3). Окклюзия каротидного бассейна чаще всего локализовалась на уровне бифуркации или несколько выше. Только в одном наблюдении ангиографически обнаружено одновременное блокирование внутренней и наружной сонных артерий. В 4 случаях проведено клинико-патологоанатомическое сопоставление диагнозов.

Таким образом, окклюзия ВСА характеризуется значительным клиническим полиморфизмом. Верификация диагноза достигается посредством широкого применения современных инструментальных методов исследования.